

傷病手当金・傷病手当付加金 請求書 (回)

令和 年 月 日提出

被保険者が記入するところ	被保険者証 記号・番号		社員 コード		氏名							
	自宅 住所・電話	日中連絡可能な電話 () -										
	事業所 名称			職場	(内線)							
	傷病名			発病 (負傷) の原因								
	発病(負傷) 年月日	H・R	年	月	日							
	休業期間 (請求期間)	H・R	年	月	日から	H・R	年	月	日まで	日間	※負傷の場合は、いつ・どこで・何をしていた・どのように等、詳しく記入ください。 発病(負傷)の原因は労災、通災、第三者の行為 (交通事故・ケンカ等)によるものですか?	はい いいえ
	障害厚生年金・老齢年金を 受給していますか?	はい ・ いいえ ・ 手続中(受給予定 年 月～)										
※はいの場合、年金証書・決定通知書・年金改定通知書・の写しを添付ください。 障害厚生年金の場合、障害者手帳の写しも添付ください。												
障害厚生年金支給事由 となった傷病名				年金受給開始 年月日	H・R	年	月	日				

事業主欄	労務に服さな かった期間	H・R	年	月	日から	日間	左記のとおり相違ないことを証明します 令和 年 月 日	住所	担当者
	上記期間で報酬の全部又は 一部を支給した(支給する)額	金	円			氏名			

診療担当医師の意見欄	傷病名			労務不能と 認めた期間	H・R	年	月	日から	日間		
	発病(負傷) の原因			労務不能期間中の診療日数	日						
	発病(負傷)年月日	H・R	年	月	日	上記診療日数が「0日」の場合、労務不能と判断した理由					
	診療開始年月日	H・R	年	月	日						
	労務不能期間中の主症状及び経過概要				入院期間	H・R	年	月	日から	日間	
	今後の通院指導の有無 あり (月 / 回) なし (理由: 症状・経過からみて、労務不能と認めた医学的所見				転帰	治癒()・繰越・中止・転医					
					この欄に記載したことは、事実と相違ないことを証明します 令和 年 月 日						
				医療機関	所在地		名称		電話番号	医師氏名	印
お願い 労務不能期間は、証明する日以前の期間を証明してください。 文字訂正時は、訂正印を押印してください。											

(提出経路) 本人 → 職場 → 事業所担当部署 → 健保組合

健保組合 使用欄	支給日	令和 年 月 日	支給期間	H・R	年	月	日から	待機 日	資格取得	S・H・R	年	月	日
				H・R	年	月	日まで	日間	資格喪失	S・H・R	年	月	日
	支給額	円	前回までの 支給期間	H・R	年	月	日から		108条控除額	円			
				H・R	年	月	日まで		月額	円	受付		
	内訳	傷病手当金	傷病手当付加金	常務理事	事務長	係							
支給日数	日	日											
支給日額	円	円											
支給額	円	円											